

AMT DER  
WIENER LANDESREGIERUNG



MD-2910-1 und 2/92

Wien, 16. Dezember 1992

Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Krankenanstalten-  
gesetz geändert wird;  
Stellungnahme

An das  
Präsidium des Nationalrates

Betrifft	GESETZENTWURF
Nr.	139 -GE/19
Datum:	21. DEZ. 1992
Verteilt	23. Dez. 1992

*Handwritten signature: A. Jankovics*

Das Amt der Wiener Landesregierung beehrt sich, in der  
Beilage 25 Ausfertigungen seiner Stellungnahme zu dem  
im Betreff genannten Gesetzentwurf zu übermitteln.

Für den Landesamtsdirektor:

Beilagen

*Handwritten signature: Dr. Peischl*

Dr. Peischl  
Magistratsvizedirektor





Dienststelle MD-Büro des Magistratsdirektors

Adresse 1082 Wien, Rathaus

Telefonnummer 40 00-82124

MD-2910-1 und 2/92

Wien, 16. Dezember 1992

Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Krankenanstalten-  
gesetz geändert wird;  
Stellungnahme

zu Zl. 21.601/7-II/A/5/92

An das  
Bundesministerium für  
Gesundheit, Sport und  
Konsumentenschutz

Auf das Schreiben vom 30. Oktober 1992 beehrt sich das Amt der Wiener Landesregierung, zu dem im Betreff genannten Gesetzentwurf folgende Stellungnahme bekanntzugeben:

Im Sommer 1990 wurde der Entwurf einer Novelle zum KAG zur Begutachtung versendet, der in vielen Bereichen gleiche oder ähnliche Regelungen enthielt, wie sie auch der nunmehr vorliegende Gesetzentwurf aufweist. Das Amt der Wiener Landesregierung hat zum damaligen Entwurf mit Schreiben vom 9. Oktober 1990, MD-2131-1 und 2/90, eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben. Da die damaligen grundsätzlichen Feststellungen weitgehend auch für den vorliegenden Gesetzentwurf gelten, werden sie hier nochmals im wesentlichen zusammengefaßt und wie folgt dargestellt:

- 1) In den Erläuterungen zum Gesetzentwurf wird darauf hingewiesen, daß die vorgesehenen Regelungen auf Vorschlägen von Experten beruhen. Unabhängig von der Beziehung von

- 2 -

Experten ist es allerdings vor allem bei einer Grundsatzmaterie erforderlich, auch die Länder, denen die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung obliegt, in die Gespräche zur Erstellung des Entwurfes eines Grundsatzgesetzes einzubeziehen. Dies ist im vorliegenden Fall wieder nicht geschehen.

Die Umsetzung von Expertenvorschlägen in Rechtsnormen kann bei einer Grundsatzmaterie, dem föderalistischen Prinzip entsprechend, nicht ausschließlich durch den Bund erfolgen. Es müßte den Ländern hier jedenfalls die Möglichkeit geboten werden, an der Entstehung des Gesetzentwurfes mitzuwirken und Vorschläge über Prioritäten und Schwerpunkte zu erstatten. Als Gesprächspartner aus den Ländern kommen insbesondere politische Entscheidungsträger und leitende Beamte in Frage. In diesem Zusammenhang wird nochmals darauf hingewiesen, daß beispielsweise bei der Neugestaltung des Jugendwohlfahrtsrechts und der damit zusammenhängenden zivilrechtlichen Regelungen die Länder von den zuständigen Bundesministerien bereits in einem sehr frühen Stadium laufend den Beratungen beigezogen worden waren und wesentlichen Anteil an der Gestaltung dieses Grundsatzgesetzes hatten.

Es wird daher neuerlich dringend gefordert, diese Vorgangsweise - Beiziehung der Länder vor Erstellung eines Grundsatzgesetzes - einzuhalten.

- 2) Die Vollziehung des Krankenanstaltengesetzes ist auf Grund der vorgesehenen aufwendigen Verfahren mit einem großen bürokratischen Aufwand verbunden. Es wären in manchen Bereichen weniger aufwendige Verfahren denkbar, ohne daß damit ein Qualitätsverlust verbunden wäre. So könnten etwa manche Genehmigungsverfahren (z.B. Bestellung des ärztlichen Leiters) in Anzeigeverfahren umgewandelt werden.

- 3 -

Der vorliegende Gesetzentwurf setzt den bisherigen Weg des großen administrativen Aufwandes in der Vollziehung fort. Es wird daher angeregt, den Entwurf unter diesem Gesichtspunkt einer neuerlichen Prüfung und Überarbeitung zu unterziehen.

- 3) Das Krankenanstaltengesetz entspricht in vielen Belangen nicht dem Typus eines Grundsatzgesetzes. Der Bundesgesetzgeber hat diese Materie meist derart detailliert geregelt, daß für den Ausführungsgesetzgeber kaum ein Spielraum für eine an den Bedürfnissen der einzelnen Länder orientierte gesetzliche Gestaltung übrig blieb. Der vorliegende Entwurf setzt diese "Tradition" nicht nur fort, sondern geht in verschiedenen Teilbereichen sogar über die bisherige Vorgangsweise noch hinaus. In diesem Zusammenhang sei beispielsweise auf die §§ 3 und 3a verwiesen, in denen der Bund über die bisherigen Bestimmungen hinaus die Voraussetzungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten eingehend regelt.

Es muß daher neuerlich mit Entschiedenheit gefordert werden, daß sich der Bundesgesetzgeber seiner Grenzen bei der Regelung der Grundsätze des Krankenanstaltenrechts wieder bewußt wird, sich auf diese zurückzieht und den Ländern in der Ausführungsgesetzgebung jenen Freiraum einräumt, der den Ländern auf Grund der Bundesverfassung zusteht.

- 4) In den Erläuterungen finden sich mehrfach Hinweise auf die Vorfälle im Krankenhaus Lainz. Es ist sicher richtig, daß diese Vorfälle die Grundsatzdiskussion über das Gesundheitswesen ausgelöst haben, die allerdings weit über den Anlaßfall hinausgeht. Es wäre aber sicher bedenklich, wenn durch die häufigen Erwähnungen der Vorfälle in Lainz in den Erläuterungen, die übrigens bereits mehr als drei Jahre zurückliegen, die Spitäler der Stadt Wien, deren Standard in medizinischer und pflegerischer Hinsicht in

- 4 -

Österreich sicher beispielgebend sind, diskreditiert würden. Es wird deshalb neuerlich vorgeschlagen, die mehrfachen Hinweise auf die Vorfälle in Lainz aus den Erläuterungen zu streichen.

- 5) Auch beim vorliegenden Gesetzentwurf hat der Bundesgesetzgeber die Kostenaspekte völlig außer acht gelassen. Die Feststellung in den Erläuterungen, "daß der Gesetzesentwurf zwar auf Bundesseite zu keiner Kostenbelastung führen wird, daß sich aber Kosten für jene Träger von Krankenanstalten ergeben werden, die erst durch eine Verbesserung ihrer Organisation, insbesondere auch im Rahmen der personellen Ausstattung, den neuen Anforderungen gerecht werden können" und daß diese Kosten im einzelnen nicht quantifiziert werden können, vermittelt den Eindruck, daß der Bund den finanziellen Auswirkungen des vorliegenden Entwurfes keine Beachtung schenkt. Eine Quantifizierung der Mehrkosten wäre zumindest in groben Zügen möglich. Das Bundeskanzleramt verfügt auf Grund des Zahlenmaterials der Kostenrechnung über umfangreiche Informationen für den Großteil der österreichischen Krankenanstalten. Dies gilt insbesondere für die personelle Ausstattung jeder einzelnen dieser Krankenanstalten.

Die Aussage, daß sich Mehrkosten nur für die Krankenanstaltenträger und nicht für den Bund ergeben werden, ist nur rein formal richtig. Zweifellos würde ein solcher Kostenschub Rückwirkungen auf die den Bund berührenden Belange haben, weil diese Mehrkosten nicht ohne entsprechende Korrekturen auf der Erlösseite zu Lasten der Krankenversicherungsträger getragen werden können.

Der den Ländern für die Begutachtung des vorliegenden Gesetzentwurfes eingeräumte Zeitraum ist zu kurz, um eine auch nur einigermaßen seriöse Kostenberechnung, die übrigens Aufgabe des Bundes gewesen wäre, vorzunehmen. Diese Vorgangsweise erweckt den Anschein, daß der Bund nicht daran interessiert ist, den Ländern die Kenntnis des wahren Ausmaßes dieser Mehrkosten zu ermöglichen.

- 5 -

- 6) Hinsichtlich der weiteren Vorgangsweise darf folgendes vorgeschlagen werden:
- a) Der Bund bereitet einen Gesetzentwurf zur Änderung des KAG vor, in dem lediglich die durch Terminsetzungen bedingten dringlichen Angelegenheiten enthalten sind (Änderungen im Zusammenhang mit dem Außerkrafttreten der Bedarfsbestimmungen am 1. Februar 1993, allenfalls durch das Inkrafttreten des EWR-Vertrages).
  - b) Alle anderen Angelegenheiten, die im vorliegenden Gesetzentwurf enthalten sind, sollten mit den Bundesländern vor Erstellung eines Gesetzentwurfes im Sinn der Ausführungen unter Punkt 1) eingehend beraten werden.
- 7) Zu der im Begleitschreiben zum Gesetzentwurf zur Diskussion gestellten Anregung, im KAG auch die Berufsgruppe der diplomierten Sozialarbeiter zu verankern, wird vorgeschlagen, diese Anregung in die unter Punkt 6) vorgeschlagenen Beratungen mit den Bundesländern einzubeziehen. Im übrigen wird eine gesetzliche Verankerung der Tätigkeit weiterer Berufsgruppen in den Krankenanstalten grundsätzlich nicht befürwortet. Es ist nämlich nicht Aufgabe des Krankenanstaltenrechts, berufsrechtliche Bestimmungen über das Tätigwerden aller Berufsgruppen im Krankenhaus zu normieren. In den Krankenanstalten ist eine Reihe von Berufsgruppen beschäftigt, die im Krankenanstaltengesetz nicht angeführt sind. Es seien hier beispielsweise alle medizinisch-technischen Dienste, die Psychotherapeuten, die Psychologen im Gesundheitswesen, die Medizintechniker sowie die Sozialarbeiter genannt. Durch die bestehende Gesetzeslage wird aber die Tätigkeit dieser Berufsgruppen nicht behindert. Außerdem kann auch eine gesetzliche Vorschreibung weiterer Berufsgruppen und deren Tätigkeit in den Krankenanstalten dem Grundsatz widersprechen, alle Behandlungen oder Betreuungen, die außerhalb von stationären Einrichtungen erfüllt werden können, dort und nicht in den teureren stationären Einrichtungen zu realisieren.

- 6 -

Unabhängig von diesen grundsätzlichen Einwänden geben einzelne Bestimmungen des Entwurfes Anlaß zu folgenden Bemerkungen:

Zu Z 3 (§ 3):

Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 7. März 1992, GZ G 198, 200/90 u.a., ausgeführt, daß der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen vorrangige Bedeutung zukommt, weshalb hier ein Konkurrenzschutz in Form einer Bedarfsprüfung zwar einen schweren Eingriff in die verfassungsgesetzlich gewährleistete Erwerbsausübungsfreiheit darstellt, dieser Eingriff aber auf Grund des besonderen öffentlichen Interesses nicht als unverhältnismäßig zu qualifizieren und daher verfassungskonform ist.

Demgegenüber ist aber eine Bedarfsprüfung in den Fällen, in denen es um das Verhältnis von privaten erwerbswirtschaftlich geführten Einrichtungen untereinander geht, sachlich nicht gerechtfertigt und daher verfassungswidrig.

Wenn der Gesetzentwurf bei der Errichtung von selbständigen Ambulatorien nun auch gegenüber niedergelassenen Kassenvertragsärzten und bei Zahnambulatorien gegenüber niedergelassenen Dentisten mit Kassenvertrag eine Bedarfsprüfung normiert, so setzt er sich wiederum der Gefahr der Verfassungswidrigkeit aus, da sowohl bei Dentisten als auch bei sonstigen Ärzten - ungeachtet des Bestehens eines Kassenvertrages - eine Gemeinnützigkeit (analog zu § 16 KAG) mit Sicherheit auszuschließen ist.

Im übrigen sollte der Grundsatz des besonders wichtigen öffentlichen Interesses für die Einschränkung der Erwerbsfreiheit in der Ersatzregelung deutlicher zum Ausdruck kommen.



- 7 -

Zu Z 4 (§ 3a):

Bei größeren Krankenanstaltenprojekten ergibt sich oftmals die Notwendigkeit, durch einen unter besonderen Vorsichten abzuhaltenden Probetrieb die Funktionalität der Anlagen und Einrichtungen und damit die tatsächliche Betreibbarkeit der Krankenanstalt unter Beweis zu stellen. Ein derartiger Probetrieb, der der herrschenden Verwaltungspraxis entspricht, sollte daher ausdrücklich im Gesetz verankert werden, da sonst nicht ausgeschlossen werden könnte, daß rechtlich genehmigte Betriebsanlagen faktisch nicht betreibbar wären.

Die in Krankenanstalten beschäftigten Psychologen und Psychotherapeuten sind in den Wiener städtischen Krankenanstalten seit jeher dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt unterstellt. Auch wenn dies nicht ausdrücklich im Krankenanstaltengesetz verankert war, ergibt sich dies schon auf Grund des starken Bezuges zur medizinischen Betreuung der Patienten. Es wird davor gewarnt, die psychologische und psychotherapeutische Betreuung durch eine Ausgliederung in gesonderte Dienste aus der ärztlichen Verantwortung zu nehmen. Die psychologische und die psychotherapeutische Betreuung sollte unbedingt weiterhin unter ärztlicher Gesamtverantwortung sowohl der Primärärzte (auf der Ebene der Abteilungen) als auch des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt verbleiben.

Es fällt auf, daß die Erteilung einer Betriebsbewilligung nicht vom Vorhandensein ärztlichen Personals, abgesehen vom ärztlichen Leiter und den Abteilungsleitern, abhängig ist. Dies kann nur ein Versehen darstellen.

Hinsichtlich des Begriffes "nichtärztliches Personal", worunter laut Z 5 diplomierte Krankenpflegepersonen, die medizinisch-technischen Dienste und die Sanitätshilfsdienste subsumiert werden, wird bemerkt, daß, wie schon in früheren Begutachtungsverfahren festgestellt wurde, diese Generalklausel in Form einer negativen Abgrenzung von vielen Vertretern der betroffenen Heilberufe als herabsetzend empfunden wird. Völlig

- 8 -

unverständlich erscheint, weshalb Psychologen und Psychotherapeuten nicht der Gruppe des "nichtärztlichen Personals" zugeordnet werden. Andere Berufsgruppen - z.B. Hebammen - scheinen überhaupt nicht auf. Es wird angeregt, den Begriff "nicht-ärztliches Personal", der an verschiedenen Stellen des Entwurfes Verwendung findet, entweder entfallen zu lassen oder positiv zu umschreiben.

Voraussetzung für die Betriebsbewilligung soll es sein, daß nichtärztliches Personal in entsprechender Zahl "in Aussicht genommen" wird. § 11a Abs. 3 des Entwurfes normiert dazu, daß die Landesgesetzgebung die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten hat, den Personalbedarf auf der Grundlage anerkannter Methoden zu ermitteln. Eine objektive, bundesweit "anerkannte Methode" zur Ermittlung des Personalbedarfes in Krankenanstalten existiert aber nicht. Diese Grundsatzbestimmung erscheint daher wegen ihrer Unbestimmtheit auch verfassungsrechtlich bedenklich.

Zu Z 4 (§ 3c):

Es ist der systematischen Einordnung der Regelung des Abs. 2 zu entnehmen, daß sie nur für Verfahren zur Bewilligung der Errichtung oder Inbetriebnahme von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers gilt. Dies sollte in der Formulierung im Abs. 2 deutlich zum Ausdruck gebracht werden, indem in der dritten Zeile statt der Worte "einer Krankenanstalt" die Formulierung "eines selbständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers" verwendet werden sollte.

Zu Z 4 (§ 3d):

Hier sollte auch ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet werden, Errichtungs- oder Betriebsbewilligungen von Krankenanstalten auch nur teilweise zurückzunehmen.

Zu Z 5 (§ 4):

Die Anzeigepflicht jeder - noch dazu erst geplanten - Veränderung einer Krankenanstalt, die apparativer Art ist oder

- 9 -

das Leistungsangebot betrifft, überschreitet den Rahmen der Zumutbarkeit. Auf Grund der rasanten technischen und medizinischen Entwicklung erscheint diese Bestimmung unvollziehbar. In diesem Zusammenhang darf auch auf Punkt 2) der allgemeinen Ausführungen verwiesen werden.

Überdies wird die Einführung eines zweistufigen Bewilligungsverfahrens im Abs. 2 aus den oben dargelegten Gründen entschieden abgelehnt. Das einstufige Betriebsbewilligungsverfahren ist durchaus ausreichend.

Zu Z 7 (§ 6):

In der Hausordnung soll auch die Begleitperson erfaßt werden. Im übrigen wird angeregt, auch im KAG den Begriff "Pflegling" durch den Begriff "Patient" zu ersetzen.

Die im Entwurf vorgeschlagene Lösung, die Patientenrechte vom Rechtsträger in der Anstaltsordnung regeln zu lassen, erscheint problematisch. Der Wiener Weg, die Patientenrechte positivrechtlich im Landeskrankenanstaltengesetz zu verankern, ist für den Patienten sicher der wirkungsvollere. Die Regelung in den einzelnen Anstaltsordnungen würde zu unterschiedlichen Ausgestaltungen durch die einzelnen Träger führen. Sinn der Verankerung der Patientenrechte im Gesetz war doch vor allem ein besserer Zugang des Patienten zum Recht.

Zu Z 8 (§ 6a):

Es wird grundsätzlich nicht verkannt, daß psychologische und psychotherapeutische Betreuung einen hohen Stellenwert im Rahmen der medizinischen Betreuung der Patienten einnehmen soll. Eine Betrauung von Psychologen und Psychotherapeuten mit Aufgaben der Führung der Krankenanstalt als Mitglieder der kollegialen Führung wird aber entschieden abgelehnt. Eine derartige Aufblähung der kollegialen Führung, die überdies nicht sachgerecht wäre, ist auch aus Managementüberlegungen nicht gerechtfertigt.

- 10 -

Zu Z 10 (§ 7 Abs. 4):

Die Möglichkeit, mit der Führung von Abteilungen oder Organisationseinheiten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen, wenn ein Sonderfach nicht besteht, statt fachlich qualifizierter Ärzte auch Absolventen entsprechender naturwissenschaftlicher Studienrichtungen betrauen zu dürfen, scheint in einem Spannungsverhältnis zu jenen Bestimmungen zu stehen, die die ärztliche Verantwortung für die Behandlung festlegen.

Zu Z 11 (§ 8 Abs. 1):

Die vorgeschlagene Ergänzung scheint auf den im Bereich der Wiener städtischen Krankenanstalten bereits eingeführten "Stationsarzt" hinzuweisen. Allerdings sollte klargestellt werden, daß die im ersten Satz normierte jederzeitige Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes nicht auch bedeutet, daß (arg. leg.cit. zweiter Satz "Darüber hinaus ...") über den ärztlichen Dienst hinaus auch jederzeit ein "Stationsarzt" zur Verfügung stehen muß.

Zu Z 12 (§ 8a):

Der Bedarf an Hygienefachkräften zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers wird bei jeder einzelnen (bettenführenden) Krankenanstalt von deren Größe und von den spezifischen Gegebenheiten abhängig sein. Die jeweilige Anzahl der Hygienefachkräfte sollte daher in den Anstaltsordnungen festgesetzt werden. Dies könnte durch Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung im § 6 Abs. 3 erfolgen. Die Regelung des § 8a Abs. 2, wonach für jede bettenführende Krankenanstalt jedenfalls mindestens eine hauptberufliche Hygienefachkraft zu bestellen ist, wird strikt abgelehnt.

Für Abs. 5 wird eine sprachlich klarere Formulierung vorgeschlagen, die etwa wie folgt lauten könnte:

"In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kommen die im Abs. 4 genannten Aufgaben dem Krankenhaushygieniker oder dem Hygienebeauftragten zu."

- 11 -

Die im Abs. 6 vorgeschlagene verpflichtende Einrichtung einer Hygienekommission erscheint nicht erforderlich, insbesondere weil auch ihre Aufgaben weder durch den Gesetzestext noch durch die Erläuterungen näher umschrieben sind. Überdies wird die Beratung und Beschlußfassung in für die Hygiene wichtigen Angelegenheiten mit keinerlei Konsequenzen versehen.

Zu Z 13 (§ 8c):

In dem vor kurzem zur Begutachtung ausgesendeten Entwurf einer Novelle zum Arzneimittelgesetz ist im § 40 eine Ethikkommission für klinische Prüfungen von Arzneimitteln außerhalb von Krankenanstalten vorgesehen. Die Erläuterungen führen hiezu folgendes aus:

"Die bereits nach § 8c KAG eingerichteten Ethikkommissionen sollen bestehen bleiben. Auf eine Übereinstimmung der diesbezüglichen Vorschriften des Krankenanstalten-Grundsatzgesetzes mit der GCP-Richtlinie wird bei Vorlage eines diesbezüglichen Novellierungsvorschlages zu achten sein."

§ 8c des vorliegenden Entwurfes weicht jedoch in zahlreichen Punkten sowohl in den Formulierungen als auch hinsichtlich der Aufgabenstellung und Zusammensetzung der Ethikkommission von § 40 des Entwurfes einer Novelle zum AMG ab. Wichtige Bestimmungen dieses Entwurfes über die Ethikkommissionen (z.B. § 41 Abs. 1 und 2) wurden in den vorliegenden Gesetzentwurf nicht aufgenommen.

Laut § 2a Abs. 5 des Entwurfes einer Novelle zum AMG ist die Ethikkommission außerhalb von Krankenanstalten ein unabhängiges Gremium. Diese Festlegung fehlt im § 8c des gegenständlichen Gesetzentwurfes. Daraus folgt, daß die Mitglieder der auf Grund des KAG eingerichteten Ethikkommission nicht weisungsfrei gestellt sind. Dies ist nicht nur aus ethischen Überlegungen problematisch, sondern im Hinblick auf die Zusammensetzung der Ethikkommission (verfassungs)rechtlich bedenklich. So wäre etwa der Vertreter des Amtes der Landesregierung oder der Patientenvertreter unter Umständen den Weisungen des Rechtsträgers der Krankenanstalt unterworfen.

- 12 -

Es sollte auch gesetzlich ermöglicht werden, daß ein Rechtsträger von Krankenanstalten statt einzelner Ethikkommissionen eine Ethikkommission für mehrere Krankenanstalten einrichten kann. Damit könnte bei gleichzeitiger fachlicher Optimierung ein allzu großer personeller Aufwand für die Ethikkommissionen vermieden werden, zumal viele kleinere Krankenanstalten nur wenige klinische Prüfungen pro Jahr durchführen. Eine Vereinfachung würde sich auch dadurch ergeben, daß Ansuchen für die immer häufiger werdenden multizentrischen Studien gleichzeitig behandelt werden könnten.

Es ist wohl davon auszugehen, daß die Ethikkommissionen in Hinkunft auch die Anwendung neuer medizinischer Methoden oder neuer Medizinprodukte nur vom ethischen Standpunkt aus beurteilen sollen. Wenn dies so vorgesehen sein sollte, müßte dies in der Formulierung des zweiten Satzes des Abs. 1 klar zum Ausdruck gebracht werden. Sollte sich die Beurteilung der Kommission auch auf fachliche Aspekte der Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte erstrecken, müßte die Kommission anders zusammengesetzt sein.

Der Begriff "Person mit ethischer Kompetenz" sollte näher erläutert werden.

Zu Z 14 (§ 8d):

Die Notwendigkeit der Qualitätssicherung in Krankenanstalten ist heute unbestritten. Jede sinnvolle Maßnahme auf diesem Gebiet erscheint grundsätzlich begrüßenswert. Es ist aber klar, daß allein mit dem vorliegenden Entwurf zusätzlich zu der schon bestehenden Ethikkommission zwei weitere Kollegialorgane den Rechtsträgern von Krankenanstalten verbindlich vorgeschrieben werden sollen (Hygienekommission, Qualitätssicherungskommission). Diese zahlreichen Kommissionen, verbunden mit einer Vergrößerung der kollegialen Führung auf mindestens fünf Mitglieder, würden mit Sicherheit zu einer Verlängerung und Komplizierung der Entscheidungsabläufe sowie zu einem erhöhten administrativen Aufwand und damit auch zu einem erhöhten Personal- und Sachaufwand führen.

- 13 -

Es erscheint nicht logisch, daß im Abs. 2 die kollegiale Führung die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen hat, aber im Abs. 4 diese Kommission nur mit dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt über alle hiefür erforderlichen Maßnahmen zu beraten hat.

Zu Z 15 (§ 10 Abs. 1 Z 1 und 2):

Die gesetzliche Normierung der Dokumentation der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten im Rahmen einer Krankengeschichte erscheint nicht erforderlich. Das Anlegen einer Krankengeschichte für einen Patienten, der dann nicht in eine Krankenanstalt aufgenommen werden kann, erweist sich als nicht sinnvoll. Es schiene ausreichend, darüber eine Regelung in der Anstaltsordnung vorzusehen, wie dies im § 10 Abs. 1 lit. e Wiener KAG 1987 der Fall ist.

Zu Z 16 (§ 10 Abs. 1 Z 4):

Die Verpflichtung zur Übermittlung von kostenlosen Abschriften der Krankengeschichten an andere Krankenanstalten sollte (wie bei den Ärzten) dadurch eingeschränkt werden, daß nur an solche Krankenanstalten Abschriften zu übermitteln sind, in deren Betreuung oder Behandlung der betreffende Patient steht.

Zu Z 20 (§ 11a Abs. 3):

Die hier normierte Verpflichtung der Träger von Krankenanstalten, auf der Grundlage anerkannter Methoden den Personalbedarf zu erheben und die Ergebnisse der Personalplanung zugrunde zu legen, birgt eine Reihe von Problemen in sich. Unabhängig davon, ob solche Methoden derzeit schon vorhanden sind, stellt sich die Frage, ob es tatsächlich jedem Träger überlassen bleiben soll, nach den von ihm gewählten Methoden den Personalbedarf zu erheben. Es werden dann sicher Krankenanstalten mit unterschiedlicher Personalausstattung und Kostenstruktur entstehen, die in ihren Leistungen und Angeboten nicht mehr vergleichbar sind. Dadurch sind auch im Finanzierungsbereich zusätzliche Schwierigkeiten zu erwarten. Unter diesem Gesichtspunkt scheint diese Bestimmung nicht geeignet, eine

- 14 -

einheitliche Personalbedarfsplanung und damit einheitliche Personalstandards zu gewährleisten. Grundlagen für die Schaffung von Personalstandards müßten daher auf andere Weise, etwa auch in Gesprächen zwischen Bund und Ländern, unter Einbeziehung entsprechender Experten, geschaffen werden.

Die Erläuterungen zu dieser Stelle können - trotz der weiteren Ausführungen, den Krankenanstaltenträgern nicht bestimmte ausländische Methoden aufzwingen zu wollen - keinesfalls überzeugen, wenn sie die in anderen Staaten verwendeten Modelle vergleichend heranziehen, ohne die Kostenstrukturen dieser Vergleichsstaaten ebenfalls in Relation zu stellen. Desgleichen muß der Versuch, den Einfluß des (letztlich kosten- und somit finanzierungsverantwortlichen) Rechtsträgers in entscheidenden Fragen, wie hier in der Personalplanung, zu "umgehen", entschieden zurückgewiesen werden; der hier erforderliche Bericht an die Landesregierung könnte wohl nur vom Rechtsträger erstattet werden.

Zu Z 21 (§§ 11b bis 11c):

Die gesetzliche Verankerung immer neuer Berufsgruppen unabhängig vom tatsächlichen Bedarf ist schon allein auf Grund der damit verbundenen Kosten abzulehnen. Wie die Praxis zeigt, funktionierte die psychologische Betreuung im Fall des Vorliegens eines entsprechenden Bedarfes schon bisher vollkommen problemlos. Wenn der Grundsatzgesetzgeber nun meint, einen psychologischen und psychotherapeutischen Dienst (bzw. den Einsatz von diplomierten Sozialarbeitern) gesetzlich verankern zu müssen, so wäre auch hierfür § 6 Abs. 3 der geeignete Platz. Denkbar wäre eine Regelung des Inhaltes, daß die Anstaltsordnung je nach Bedarf eine entsprechende Anzahl von Psychologen und Psychotherapeuten vorzusehen hat.

Unabhängig von diesen grundsätzlichen Einwänden wäre die Bestimmung zu streichen, wonach alle Psychologen im Rahmen der Organisationseinheiten für klinisch-psychologische Diagnostik



- 15 -

sowie für psychologische Behandlung sowie die Konsiliarpsychologen für die gesundheitspsychologische Beratung und die Psychotherapeuten für den psychotherapeutischen Dienst der Landesregierung bekanntzugeben sind. Einerseits stellt dies eine gewisse "Ungleichbehandlung" dar, weil hinsichtlich des ärztlichen Dienstes in den Abteilungen bzw. Organisationseinheiten nur die Leiter bekanntzugeben sind, andererseits könnte eine derartige Regelung, sofern sie für notwendig erachtet wird, auch durch den Landesgesetzgeber vorgenommen werden.

Überdies wird auch die jederzeitige Erreichbarkeit untertags (offensichtlich auch an Sonn- und Feiertagen) personelle und finanzielle Probleme schaffen. Es sollte daher auch diese Frage noch mit den Ländern besprochen werden.

Zu Z 21 (§ 11d):

Aus Gründen der Systematik sollte an dieser Stelle auch die Fortbildung des ärztlichen Personals geregelt werden, die derzeit im § 8 Abs. 1 letzter Satz vorgesehen ist. Die Unterscheidung in "ärztliches" und "nichtärztliches" Personal könnte damit unterbleiben.

Zu Z 26 (§ 16 Abs. 2):

Der Einräumung einer Arztwahl durch den Sonderklassepatienten bedarf einer exakteren Ausgestaltung im Gesetz. In den Erläuterungen wird zum Ausdruck gebracht, daß sich diese Arztwahl nur auf die Vornahme des wesentlichen Eingriffes (z.B. Operation) beziehen soll. Diese Einschränkung sollte normativ in das Gesetz eingebaut werden. Im übrigen müßte diese Regelung Auswirkungen auf die Haftungssituation haben, da mit einer Arztwahl des Patienten die Primararztverantwortung des Abteilungsvorstands und sicherlich auch die Haftung des Rechtsträgers in einem anderen Licht gesehen werden muß.

Zu Z 29 (§ 27a Abs. 1):

Wenn auch der aus dieser Bestimmung entstehende Entgang von Kostenbeiträgen keine gravierenden Ausmaße erreicht, sollte

- 16 -

diese Frage dennoch vorher mit den Ländern erörtert werden. Es wäre auch ein entsprechender Hinweis im Vorblatt unter der Rubrik "Kosten" angebracht.

Überdies sollte der Begriff "Mutterschaft" näher definiert werden. Es erscheint regelungsbedürftig, ob sich die Befreiung von der Kostenbeitragspflicht auf den Zeitraum der sogenannten Schutzfrist, auf die eigentliche Entbindung oder die gesamte Schwangerschaft bezieht. Eine Administration dieser Regelung wird sich außerordentlich schwierig gestalten, da sich aus der Aufnahmediagnose ein Zusammenhang mit der Mutterschaft vielfach nicht zweifelsfrei ableiten läßt.

Zu Z 31 (§ 29 Abs. 1):

Die in Aussicht genommene Regelung erweist sich als nicht zielführend. Solange der (= jeder) Wohnsitz an sich genügt, sind wesentliche Verschlechterungen für den (letztlich kosten-tragenden) Rechtsträger zu befürchten. Die Bestimmung sollte daher unbedingt auf den ordentlichen und zumindest sechs Monate bestehenden (Haupt)Wohnsitz abgestellt werden.

Zu Z 36 (§ 46):

Die vorgesehene Beteiligung von Anstaltspersonal am Honorar der Vorstände und Abteilungsleiter erscheint äußerst problematisch. Diese Regelung, die ein absolutes Novum darstellt, greift unmittelbar in das Dienstrecht der Bediensteten des Rechtsträgers der Krankenanstalt ein und steht mit den Bestimmungen der Dienstordnung 1966 und der Vertragsbedienstetenordnung 1979 im Widerspruch. Sie erscheint somit in verfassungsrechtlicher Hinsicht bedenklich. Als Alternative könnte die Einbehaltung eines Anstaltsanteiles für den Rechtsträger der Krankenanstalt in Erwägung gezogen werden.

Es wird in Frage gestellt, ob es angemessen ist, daß der Bund eine Vergütung beansprucht, wenn bei wissenschaftlichen Arbeiten im Auftrag Dritter Anstaltspersonal und Einrichtungen des

- 17 -

Rechtsträgers herangezogen werden. Die Regelung hat offenbar im Auge, daß der Bund den klinischen Mehraufwand im vollen Umfang trägt. Im Hinblick darauf, daß dies nicht der Realität entspricht, scheint diese Bestimmung eine Benachteiligung des Rechtsträgers der Krankenanstalt darzustellen.

Zu Art. III:

Hinsichtlich der Erläuterungen zu Art. III, welche die Verantwortung für die rechtzeitige Erlassung von den EWR-Vertrag umsetzenden Landesausführungsbestimmungen dem Landesgesetzgeber zuweisen, ist darauf hinzuweisen, daß nur ein bereits kundgemachtes Bundesgrundsatzgesetz eine taugliche Grundlage für die Vorbereitung landesgesetzlicher Ausführungsmaßnahmen bilden kann. Sollte ein solches nicht rechtzeitig vorliegen, fällt die Verantwortung für ein völkerrechtswidriges Säumnis bei der landesgesetzlichen Umsetzung von EWR-Rechtsvorschriften zweifellos dem Bund zu.

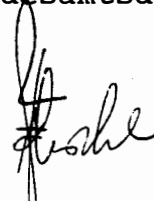
Abschließend gestattet sich das Amt der Wiener Landesregierung - über den vorliegenden Gesetzentwurf hinausgehend -, auf folgende Problematik aufmerksam zu machen:

Nach § 22 KAG dürfen nur unabweisbare oder anstaltsbedürftige Pfleglinge in öffentlichen Krankenanstalten aufgenommen werden. Das Arzneimittelrecht sieht auch die klinische Prüfung von Arzneimitteln an Gesunden (Probanden) vor. Auf Grund der Regelung des § 22 KAG erscheint jedoch eine Aufnahme von Probanden in öffentlichen Krankenanstalten unzulässig. Da aber sicher nicht davon ausgegangen werden kann, daß den in der Regel größeren und somit "wichtigeren" öffentlichen Krankenanstalten eine klinische Prüfung an gesunden Personen verwehrt werden soll, wäre dieser sicher nicht beabsichtigte "Formalwiderspruch" durch eine entsprechende Änderung des Krankenanstaltengesetzes zu lösen. Diese Änderung könnte in einer entsprechenden Ergänzung des § 22 KAG bestehen.

- 18 -

Gleichzeitig werden 25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Für den Landesamtsdirektor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Feischl', written over a vertical line.

Dr. Feischl  
Magistratsvizedirektor